

Tiina Järvelä, Sarita Seppänen

Tiedonkulun merkitys kotisynnytyksessä

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilö

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

13.11.2017

Tekijät Otsikko	Tiina Järvelä, Sarita Seppänen Tiedonkulun merkitys kotisynnytyksessä
Sivumäärä Aika	24 sivua + 2 liitettä 13.11.2017
Tutkinto	Kätilö AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Pirjo Koski, TtT, hoitotyön lehtori
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tiedonkulun merkitystä kotisynnytyksessä ja sen vaikutusta synnytyskokemuksiin. Työn tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa tiedonkulun toteutumisesta kotisynnytyksessä terveysalan ammattilaisille ja kotisynnytyksestä kiinnostuneille. Kotisynnytyksen tiedonkulkua ei ole aikaisemmin tutkittu Suomessa. Kotisynnytykset ovat Suomessa harvinaisia, mutta niiden määrä on ollut kasvussa viime vuosien aikana. Opinnäytetyö toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena. Aineistoon valittiin yksi tutkimus Suomesta sekä kaksi tutkimusta ja yksi katsaus ulkomailta. Lähteenä käytettiin myös suomalaisia oppaita. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Terveydenhuollon ammattilaisista enemmistö suhtautuu kielteisesti kotisynnytyksiin, myös yleinen mielipide on voimakkaasti jakautunut. Ammattilaisten väliset konfliktit vaikuttavat haitallisesti äidin ja vastasyntyneen hoidon tuloksiin ja kokemuksiin saadusta hoidosta. Konfliktit johtuvat usein erilaisista uskomuksista kotisynnytysten turvallisuudesta ja riskeistä. Ammattilaisten asenteilla, huonolla kommunikaatiolla ja synnytysrauhan häiritsemisellä on negatiivisia vaikutuksia kotoa sairaalaan siirtyneiden naisten synnytyskokemuksiin. Sairaalaan siirtyminen huonontaa synnytyskokemusta silloin, kun kotisynnytys ei kuulu julkiseen terveydenhuoltoon. Panostus dialogiin kotikätilöiden ja sairaaloiden välillä luo molemminpuolista luottamusta ja sujuvaa yhteistyötä jo ennen hätätilanteita. Osa kotisynnytysten turvallisuutta on sujuva yhteistyö, mikä Suomessa ei ole vielä itsestäänselvyys. Kotisynnytysten turvallisuutta edistää kotikätilöiden yhteistyö julkisen terveydenhuollon kanssa. Kotikätilöillä ei ole yhteistä toimintaohjetta, joten kotisynnytysten hoidosta tulisi laatia kansallinen toimintaohje.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksien mukaan terveydenhuollon ammattilaisten asenteet kotisynnytyksiä kohtaan ovat yleensä kielteisiä. Ammattilaisten välillä kommunikaatiossa ja yhteistyössä esiintyy haasteita. Näillä on negatiivisia vaikutuksia hoidon tuloksiin ja naisten kokemuksiin. Parantamalla suhteita kotisynnytyksiä hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten ja julkisen terveydenhuollon välillä voitaisiin edistää kotisynnytysten turvallisuutta sekä synnyttäjien positiivisia kokemuksia. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotamme haastattelututkimusta suomalais-ten kotikätilöiden ja sairaalalohenkilökunnan tiedonkulun toteutumisesta kotisynnytyksessä.</p>	
Avainsanat	kotisynnytys, tiedonkulku, turvallisuus, yhteistyö, kirjallisuuskatsaus

Authors Title	Tiina Järvelä and Sarita Seppänen The Meaning of Homebirth's Information Flow
Number of Pages Date	24 pages + 2 appendices 13 November 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwifery
Instructor	Pirjo Koski, Senior Lecturer
<p>The aim of this study is to describe the importance of the information flow in the field of home births and its effects on birth experiences. This study gives some evidence-based information about the fulfilment of information in home births for healthcare professionals and for people who are interested in them in general. Currently there are no evident studies about the information flow of home births in Finland. And although the number of home births have been rising for the past few years, home births are still quite rare in Finland. This study was conducted as a descriptive literature review. We chose the data, which we used for this research, from multiple sources and studies that have been executed in Finland, as well as in other countries. In addition, we used some Finnish guides for this study. We analysed the aforementioned data using the methods of content analysis.</p> <p>In general, a planned home birth received negative reactions from most of the healthcare professionals. These negative ideas and conflicts among professionals can also have an effect on the outcomes and the experience of women and newborns. The main reasons for the conflicts among professionals came from different beliefs about safety and the possible risks. The negative attitude of professionals, the lack of communication and disturbing women while they were in labour affected women conflictingly when they were transferred from home to hospital. The transfer from home to hospital makes the birth experience worse when home birth does not belong to the public health care. The dialogue between the home births' midwives and hospitals is extremely important. It creates mutual trust and fluent co-operation even before the possible emergency transfers. One crucial part of a safe home birth is a fluent collaboration which is not self-evident in Finland. Furthermore, home birth midwives do not have a single, common guide, although there should be one.</p> <p>The results show that the healthcare professionals' attitudes towards home births are usually negative. There is challenges in communication and cooperation between professionals'. And so, these may have negative effects on some outcomes and the experiences of women. Improving the relations between home birth midwives and the public health care could promote home birth's safety and women's positive experiences. It could also provide some evidence-based information about the information flow in home births for health care professionals. Further studies about the information flow in the field of home births could be conducted to study, for instance, the experiences of the midwives and hospital staff.</p>	
Keywords	homebirth, information flow, safety, communication, a literature review

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kotisynnytyksen ja tiedonkulun teoreettinen tausta	1
2.1	Kotisynnytykset Suomessa	2
2.2	Tiedonkulku kotisynnytyksessä	4
2.3	Raskaus ja synnytys	5
2.3.1	Matalan riskin raskaus	5
2.3.2	Säännöllinen synnytys	6
2.3.3	Synnytyksen yleisimmät komplikaatiot	6
3	Työn tarkoitus, tavoite ja ohjaavat kysymykset	7
4	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	7
4.1	Tiedonhaku	8
4.2	Aineiston valinta	9
4.3	Aineiston analyysi	10
5	Tulokset	11
5.1	Tiedonkulkuun vaikuttavat tekijät kotisynnytyksessä	11
5.1.1	Terveystenhuollon ammattilaisten asenteet	11
5.1.2	Terveystenhuollon ammattilaisten välinen yhteistyö	12
5.1.3	Kotisynnytykseen liittyvän tiedonkulun sujuvuus ja dokumentointi	14
5.1.4	Kotisynnytysten yhteistyötahot Suomessa	15
5.2	Kotisynnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä	16
6	Pohdinta	17
6.1	Tulosten tarkastelua	17
6.2	Luotettavuus ja eettisyys	19
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	20
	Lähteet	22
	Liitteet	
	Liite 1. Aineiston tutkimukset	
	Liite 2. Sisällönanalyysi	

1 Johdanto

Kotisynnytysten määrä on kasvanut Suomessa viime vuosina, mutta niitä on edelleen vähän. Vuonna 2016 suunniteltuja kotisynnytyksiä oli 45 (Heino – Vuori – Gissler 2017: 2). Suomessa kotisynnytys ei kuulu julkiseen terveydenhuoltoon ja sairaalassa synnyttämistä suositellaan. Tällä hetkellä suunniteltuun kotisynnytykseen päätyneet naiset hankkivat itse avustavan kätilön ja maksavat kustannukset. Suomessa kotisynnytyksissä avustavat kätilöt toimivat itsenäisinä yrittäjinä.

Kotisynnytykseen liittyvää tiedonkulkua tapahtuu kotisynnytystä suunniteltaessa perheen ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Ammattilaisten välistä tiedonkulkua tarvitaan tilanteissa, joissa kotisynnytyksen aikana tai sen jälkeen ilmenee komplikaatioita, joiden vuoksi siirrytään sairaalaan.

Suomessa on aikaisemmin tutkittu kotona synnyttäneiden perheiden kokemuksia, synnytyspaikan valintaa sekä lapsen saamiseen liittyvien ajattelumallien ja toimintatapojen muutosta. Tässä opinnäytetyössä kuvataan tiedonkulun merkitystä kotisynnytyksessä ja sen vaikutusta synnytyskokemuksiin. Tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa kotisynnytykseen liittyvästä tiedonkulusta. Kotisynnytykseen liittyvän tiedonkulun esille nostaminen on merkittävää erityisesti, jos kotisynnytykset Suomessa jatkavat kasvuaan. Suomessa ei ole aikaisemmin tutkittu tiedonkulun toteutumista kotisynnytyksessä. Opinnäytetyössä kootaan yhteen tietoa, joka kuvaa tiedonkulun merkitystä ja toimintatapoja. Opinnäytetyö toteutetaan integroivana kirjallisuuskatsauksena ja se on osa suunnitteilla olevaa Sairaalan ulkopuolinen synnytys -hanketta. Tämän kirjallisuuskatsauksen tuottamaa tietoa voivat hyödyntää terveysalan ammattilaiset ja kotisynnytyksestä kiinnostuneet.

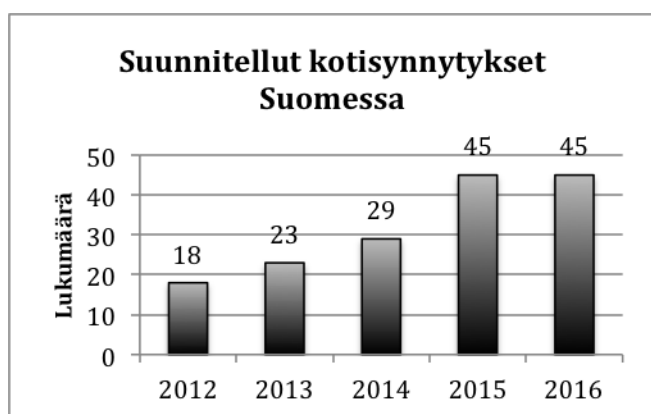
2 Kotisynnytyksen ja tiedonkulun teoreettinen tausta

Tässä luvussa avataan työn keskeisiä käsitteitä ja aiheita, jotka muodostavat työn aihekokonaisuuden.

2.1 Kotisynnytykset Suomessa

Opinnäytetyössä kotisynnytyksellä tarkoitetaan suunniteltua kotisynnytystä. Suunnitellussa kotisynnytyksessä nainen synnyttää suunnitellusti kodissaan tai jossain muualla kuin sairaalassa. Naisen tukena kotisynnytyksessä on synnytyksen hoidon ammattilainen: kätilö ja/tai lääkäri. (Raussi-Lehto – Jouhki 2015: 286.)

Vuonna 2016 Suomessa oli yhteensä 52 870 synnytystä, joista 99,5 % tapahtui sairaaloissa. Matkalla sairaalaan tapahtui 92 synnytystä ja muista syistä suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli 98. Synnytystoimintaa on keskitetty Suomessa jo pitkään. Vuonna 1987 synnytyssairaaloina oli 53 ja marraskuussa 2017 Suomessa oli 24 synnytyssairaalaa. (Heino – Vuori – Gissler 2017: 2; Gissler 2017; Hoitopaikanvalinta 2017.)



Kuvio 1. Suunnitellut kotisynnytykset Suomessa 2012–2016 (Vuori – Gissler 2013: 2; Vuori – Gissler 2014: 2; Vuori – Gissler 2015: 1; Vuori – Gissler 2016: 2; Heino – Vuori – Gissler 2017: 2).

Päivystysasetus 782/2014 on vaikuttanut viime vuosina synnytyksiin Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön päivystysasetus koskee kiireellisen hoidon perusteita ja päivystyksen erikoisalakohtaisia edellytyksiä. Asetuksen tarkoitus on taata koko maan väestölle mahdollisimman yhdenvertaiset, laadukkaat ja turvalliset päivystyspalvelut. (STM 2014.) Asetusta sovelletaan terveydenhuoltolaissa (1326/2010) tarkoitettuun kiireelliseen hoitoon ja se astui voimaan 1.1.2015. Asetuksen 14. §, joka koskee synnytyksiä ja lastentauteja, astui voimaan 1.5.2015. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014, 1. §, 14. §.) Asetuksella on pyritty parantamaan potilasturvallisuutta tiukentamalla synnytyksiä

koskevia edellytyksiä. Asetuksen mukaan hyvä valmius hoitaa hätätilanteita voidaan varmistaa, jos sairaalassa toteutuu noin 1 000 synnytystä vuodessa. Sosiaali- ja terveysministeriö voi kuitenkin tarvittaessa myöntää poikkeusluvan sairaalalle, jossa 1 000 synnytystä vuodessa ei toteudu. Tämä voi olla mahdollista niissä tapauksissa, joissa välimatka seuraavaan synnytysyksikköön ei toteutuisi kohtuullisessa ajassa ja potilasturvallisuus vaarantuisi. (STM 2014.)

Suomessa kotisynnytystutkimusta ovat tehneet Maija-Riitta Jouhki, Hilikka Helsti ja Kirsi Viisainen. Jouhkin (2017: 9–10) väitöskirjassa tutkitaan kotona synnyttäneiden perheiden kokemuksia. Väitöskirjan mukaan perheiden kokemukset lapsen syntymisestä kotona olivat pääosin myönteisiä. Myönteisyys koettiin yhdessäolon ja tutun kotiympäristön ja monipuolisen hallinnan tunteen kautta. Haasteet liittyivät huoliin, pelkoihin ja ulkopuolisten kielteiseen suhtautumiseen. Kotisynnytyksen valmentautumiseen perheet eivät saaneet tukea äitiyshuollon asiantuntijoilta. Jouhki on tehnyt myös pro gradu -tutkielman (2008) Kotisynnytys valintana – synnyttäjän näkökulma, jota käytetään tämän opinnäytetyön aineistona.

Hilikka Helstin (2000: 47) väitöskirjassa kuvataan 1800-luvun lopulta 1960-luvun alkuun lapsen saamiseen liittyvän ajattelun ja toimintamallien muutosta. Muutos alkoi 1890-luvulla, jolloin koulutettujen kättilöiden määrä ja käyttö alkoivat lisääntyä. 1940-luvun keskivaiheille saakka valtaosa synnytyksistä tapahtui kotona. Helsti kuvaa tarkastelujakson loppua, 1950- ja 1960-lukujen vaihdetta, kotisynnytysten aikakauden päättymiseksi, jolloin yli 90 % äideistä synnytti laitoksissa.

Kirsi Viisainen tarkastelee väitöskirjassaan *Choices in Birth Care – The Place of Birth* synnytyspaikan määräytymistä ja hoidon tuloksia sekä järjestelmän että asiakkaan näkökulmasta Suomessa. 1970-luvulla synnytysten hoito oli Suomessa keskittynyt pääosin keskus- ja yliopistosairaalatasolle. Suunnittelemattomat ja avustamattomat sairaalan ulkopuoliset synnytykset vähenivät 1960-luvulta 1970-luvulle, mutta kuitenkin sairaalaverkoston harventuessa niiden määrä lisääntyi. Perinataalikuolleisuusluvuissa ei ollut eroja alue-, keskus- tai yliopistosairaaloiden vastuualueiden välillä. (Viisainen 2000: 11.)

Kirsi Viisaisen väitöskirjassa tulee esille, että suomalaiset naiset valitsivat useammin synnytyspaikaksi sairaalan, mutta kiinnostusta oli enemmän koti- ja polikliniseen synnytykseen kuin niitä käytännössä toteutettiin. Lääketieteen edustajat suhtautuivat kieltei-

sesti kotisynnytykseen. Kotisynnytyksen valinneet ottivat huomioon lääketieteelliset riskit, sairaalaympäristössä koetun iatrogeenisyyden ja auktoriteetin vastustamiseen liittyvän moraalisen riskin. Sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä näytti lisääntyneen synnytyssairaalaverkoston harvenemisen myötä. Väestökyselyssä todettiin, että osalla naisista oli toiveita synnytyspaikan ja -tavan suhteen, joihin järjestelmä ei vastannut. Suomalaiset kotisynnyttäjät eivät luottaneet siihen, että synnytyssairaala pystyisi tarjoamaan ympäristön, jossa nainen voisi hallita synnytysprosessiaan. (Viisainen 2000: 12.)

Aikaisempia suomalaisia opinnäytetöitä kotisynnytyksestä löytyy Theseuksesta useita. Opinnäytetöitä on tehty synnyttäjien ja kotikätilöiden kokemuksista sekä kotisynnytyksen turvallisuudesta synnyttäjän ja kätilön näkökulmista. Opinnäytetöitä on tehty myös synnyttäjien saamasta tuesta kotisynnytyksessä, kätilöiden suhtautumisesta kotisynnytyksiin, kätilöiden syistä avustaa kotisynnytyksissä ja kätilötyön historiasta. (Theseus 2017.)

2.2 Tiedonkulku kotisynnytyksessä

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan tiedonkulun toteutumista ennen kotisynnytystä, kotisynnytyksen aikana ja sen jälkeen. Tarkastelun kohteena on naisen ja terveydenhuollon ammattilaisten sekä eri ammattiryhmien välillä tapahtuva tiedonkulku. Toimivalla tiedonkululla on suuri merkitys synnyttäjän ja vastasyntyneen turvallisuuden kannalta. Tiedonkulku on erityisen tärkeää tilanteissa, joissa kotisynnytyksestä siirrytään sairaalaan.

Nykyaikaisessa terveydenhuollossa tiedonkulun merkitys on tärkeää potilaan hoidon kannalta. Potilaan hoitoon voivat osallistua useiden erikoisalojen ja ammattiryhmien edustajat. Hoitovastuun siirtyminen tarkoittaa tilannetta, jossa vastuu potilaan hoidosta siirtyy osittain tai kokonaan toiselle henkilölle tai ryhmälle väliaikaisesti tai pysyvästi. Hoitovastuun siirtyessä toimivalla viestinnällä on todettu olevan merkittävä vaikutus vaaratilanteiden välttämiseksi. Hoitovastuun siirtyminen on monimutkaista, vaikka se usein mielletään yksisuuntaiseksi tiedon välittämiseksi. Siirtymävaiheissa hoitovastuu siirtyy raportoinnin avulla. Tärkeän tiedon välittymisen puute voi johtaa katastrofaalisiin lopputuloksiin. Ammattiryhmien välisessä yhteistyössä korostuu toimivan viestinnän merkitys. Viestintä tapahtuu yleensä hoitajan ja lääkärin välillä puhelimitse ja heidän viestintätyyliinsään on perinteisesti ollut eroja. Hoitajat saattavat antaa kuvailevia ja yksityiskohtaisia raportteja, kun lääkärit ovat usein tiiviiseen yhteenvedoon pyrkiviä. Erilaiset viestintätyylit voivat aiheuttaa turhautumista. (Tamminen – Metsävainio 2015: 338–340.)

Viestintää voi vaikeuttaa potilaan fyysinen siirtyminen ja samanaikaiset hoitotoimet hoitovastuun siirtyessä. Hoitovastuun siirtyminen kerralla vaatii ennakkovalmisteluita ennen hoitovastuunsiirtoraporttia. Raportti on usein epämuodollinen, ja kirjallista viestintää käytetään harvoin suullisen viestinnän tukena. Havainnoiduista terveydenhuollon hättäpahtumista 65 prosenttiin liittyy tiedonkulun ongelmia, jotka voivat johtaa tehottomuuteen, resurssien hukkaan, hoidon viivästymiseen tai virheisiin hoidon aikana. Potilassiirtoihin liittyvissä vaaratapauksissa viestintäongelmat ovat merkittäviä tekijöitä. (Tamminen – Metsävainio 2015: 339.)

Norjassa tehdyssä katsauksessa selvitetään, mistä syistä suunnitellusta kotisynnytyksestä siirrytään sairaalaan synnytyksen aikana tai sen jälkeen. Katsauksen aineisto koostuu 15 länsimaissa tehdystä tutkimuksesta, joissa kotisynnytys on suunniteltu ja kättilön tai lääkärin avustama. Katsauksen mukaan yhteensä 215 257 synnyttäjistä sairaalaan siirtyi 9,9 %–31,9 % riippuen tutkimuksesta. Yleisin syy siirtymiselle oli edistymätön synnytys (5,1 %–9,8 % synnyttäjistä). Muita syitä sairaalaan siirtymiselle olivat sikiön ahdinko (1,0 %–3,6 %), synnytyksen jälkeinen verenvuoto (0 %–0,2 %) ja vastasyntyneen hengitysongelmat (0,3 %–1,4 %). Kiireelliset siirtymiset vaihtelivat tutkimuksissa 0 %–5,4 % välillä. (Blix – Kumle – Kjærgaard – Øian – Lindgren 2014: 1.)

2.3 Raskaus ja synnytys

Suositus on, että kotisynnytystä suunnitteleva nainen kuuluu matalan riskin ryhmään ja on uudelleensynnyttävä, jolla ei ole aikaisempia keisarileikkauksia tai toimenpidesynnytyksiä, ja raskaus on edennyt normaalisti. Jos kotisynnytyksen aikana kättilö epäilee mahdollisia komplikaatioita ja huomaa poikkeavia muutoksia äidin tai sikiön voinnissa, on siirryttävä sairaalaan. (Raussi-Lehto – Jouhki 2015: 287.)

2.3.1 Matalan riskin raskaus

Raskauden aikana riskien arvioinnissa otetaan huomioon odottavan äidin ikä, synnytystyöhistoria ja nykyisen raskauden tila. Arviota tehtäessä selvitetään äidin aikaisemmat synnytyskomplikaatiot, joita voivat olla esimerkiksi sektio, sikiön poikkeava tarjonta, loppuraskauden verenvuoto tai vakava anemia. (WHO 1996: 2–3.) Äidin ylipaino raskausaikana lisää merkittävästi raskaus- ja synnytyskomplikaatioita (Raatikainen – Härmä –

Randell 2010: 1103). Jos äidillä ei ole riskitekijöitä ja sikiön tila on normaali, kyseessä on matalan riskin raskaus (WHO 1996: 2–3).

2.3.2 Säännöllinen synnytys

Synnyttäjän riskien arviointi aloitetaan jo raskauden aikana ja se jatkuu läpi synnytyksen. Synnytystä voidaan pitää matalan riskin synnytyksenä, jos riskitekijöitä ei ilmene. Matalan riskin synnytyksessä lapsi syntyy spontaanisti, tarjoutuvana osana pää, raskausviikoilla 37–42. Äidillä ei ole aikaisempia obstetrisia komplikaatioita eikä sairauksia, jotka vaikuttaisivat synnytyksen hoitoon. Matalan riskin synnytyksessä riskit pysyvät alhaisina avautumisvaiheesta ponnistusvaiheeseen. (Raussi-Lehto 2015: 216.) Synnytyksen jälkeen äidin ja vastasyntyneen vointi on hyvä. Synnytys voi olla säännöllinen, vaikka nainen kuuluisi korkean riskin ryhmään. (WHO 1996: 3–4).

2.3.3 Synnytyksen yleisimmät komplikaatiot

Synnytys ei aina etene toivotulla tavalla. Säännöllinen synnytys voi muuttua epäsäännölliseksi synnytyksen pitkittymisen tai synnytyksen etenemiseen vaikuttavien häiriöiden vuoksi. Kätilön on tunnistettava merkit, jotka viittaavat synnytyshäiriöihin. Synnytyksen muututtua epäsäännölliseksi päätöksenteko siirtyy lääkärille. (Äimälä 2015b: 537–538.)

Synnytys voi hidastua tai pitkittyä kaikissa vaiheissa (Äimälä 2015b: 537). Pitkittyneessä synnytyksessä avautumisvaihe kestää ensisynnyttäjällä yli 20 tuntia ja uudelleensynnyttäjällä yli 14 tuntia (Tiitinen 2015; Uotila – Tuimala 2011: 460). Yleisin syy synnytyksen hidastumiseen tai pysähtymiseen on kohdun heikko supistelu ja tarjoutuvan osan laskeutumisen häiriöt. (Uotila – Tuimala 2011: 461; Äimälä 2015a: 540). Kolmasosa synnytyksen hidastumisesta aiheutuu sikiön ja synnytyskanavan epäsuhdasta (Uotila – Tuimala 2011: 460). Ponnistusvaihe voi pitkittyä ja vaikeutua samoista syistä kuin avautumisvaihe. Ponnistusvaiheen normaalina kestona pidetään ensisynnyttäjillä kahta tuntia ja uudelleensynnyttäjillä huomattavasti lyhempää aikaa. (Äimälä 2015c: 548–549.)

Synnytyksen jälkeinen yli 500 ml:n verenvuoto on poikkeavaa. Yleisimpiä vuodon syitä ovat synnytyskanavan vauriot, istukan tai sikiökalvojen retentio ja kohdun atonia. (Uotila – Tuimala 2011: 466.)

Hyvinvoiva sikiö kestää supistusten aikana tilapäistä hapensaannin heikkenemistä hyvin. Siitä voi olla jopa hyötyä vastasyntyneen adaptoitumisessa kohdunulkoiseen elämään. Supistukset voivat joissakin tilanteissa kuitenkin heikentää sikiön vointia, jos hapensaanti on ollut niukkaa jo ennen supistuksia. On hyvin yleistä, että synnytyksen aikana sikiön hapetusongelmien syy on napanuoran tilapäinen tai jatkuva puristuminen. Napanuora voi olla kiertyneenä kaulan tai vartalon ympärille, eikä tämä yleensä aiheuta suuria ongelmia. (Uotila 2015: 526.)

Sikiön tarjontahäiriöt voivat johtua lantion ahtaudesta, heikoista supistuksista tai sikiön poikkeavasta ryhdistä. Virhetarjonta voi korjaantua supistusten voimistuessa, myös äidin liikkuminen voi auttaa. Poikkeavasta tarjonnasta huolimatta synnytys voi edistyä, mutta avautumisvaihe yleensä hidastuu ja ponnistusvaihe pitenee. Sikiön ulosauttamiseen ja pään asennon korjaamiseen voidaan joutua puuttumaan instrumentein. Keisarileikkaukseen voidaan päätyä kaikissa tarjontahäiriötilanteissa (Äimälä 2015a: 545).

3 Työn tarkoitus, tavoite ja ohjaavat kysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tiedonkulun merkitystä kotisynnytyksessä ja sen vaikutusta synnytyskokemuksiin. Tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa kotisynnytyksen tiedonkulun toteutumisesta terveysalan ammattilaisille ja kotisynnytyksestä kiinnostuneille.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat tiedonkulkuun kotisynnytyksessä?
2. Millaisia vaikutuksia tiedonkululla on kotisynnytyskokemukseen?

4 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutetaan integroivana kirjallisuuskatsauksena. Integroiva kirjallisuuskatsaus on yksi kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tyyppi (Suhonen ym. 2015: 9). Kirjalli-

suuskatsaus on metodi ja tutkimustekniikka, joka tutkii jo aiemmin tehtyä tutkimusta tutkittavasta aiheesta. Katsauksen tarkoitus on koota tutkimustuloksia, rakentaa yleiskuvaa tutkitusta aiheesta, tunnistaa aiheen ongelmia ja kuvata tutkitun aiheen kehitystä. Kirjallisuuskatsaus täyttää aina yleiset tieteen metodille tyypilliset vaatimukset, joita ovat julkisuus, kriittisyys, itsekorjaavuus ja objektiivisuus. (Salminen 2011: 1, 3–4.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus mahdollistaa, että käytetyt aineistot voivat olla laajoja ja ilmiön ominaisuuksia voidaan luokitella. Integroivassa katsauksessa voidaan hyödyntää erilaisin metodisin lähtökohdin tehdyt tutkimukset. (Salminen 2011: 6, 8.)

Integroiva katsaus auttaa kirjallisuuden tarkastelussa ja kriittisessä arvioinnissa. Se on katsaustyyppi, joka voi sisältää empiiristä ja teoreettista kirjallisuutta tai molempia riippuen katsauksen kysymyksenasettelusta. Integroiva metodi tuottaa melko laajan ja syvällisen pohdinnan tutkittavan ilmiön aiheesta, koska sen keskeisiin piirteisiin kuuluu erilaisten tutkimusasetelmien tuotettujen tutkimustulosten synteesi. Integroiva katsaus etenee prosessina, johon kuuluu viisi eri vaihetta. Nämä vaiheet ovat tutkimusongelman nimeäminen, analysoitavan aineiston keruu, aineiston laadun arviointi, aineiston analyysi ja tulkinta sekä tulosten esittäminen. (Suhonen ym. 2015: 13.)

4.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön aineisto on kerätty systemaattisesti sosiaali- ja terveysalan tietokannoista Cinahl, Medic ja Pubmed. Aineiston haussa on käytetty seuraavia hakusanoja: kotisynnytys, tiedonkulku, äitiysneuvola, homebirth, home childbirth, communication, transfer, hospital ja maternity clinic. Hakutuloksien rajauksiksi laitettiin kokoteksti ja vuosilukurajaus 2006–2016. Medicissä tuloksia saatiin niin vähän, ettei rajoituksia tehty. Tuloksia karsittiin ensin otsikon ja sen jälkeen tiivistelmän perusteella. Tämän jälkeen valitut julkaisut luettiin kokonaan ja niistä haettiin vastauksia opinnäytetyötä ohjaaviin kysymyksiin. Luettujen kokotekstien perusteella aineistoon valittiin kolme tutkimusta ja yksi katsaus. Tietoa haettiin myös manuaalisesti Googlestä samoilla hakusanoilla kuin sosiaali- ja terveysalan tietokannoista.

Taulukko 1. Systemaattisen aineistohaun kuvaus

Tietokanta ja hakusana(t)	Rajaukset	Kaikki tulokset	Poistettu otsikon perusteella	Poistettu abstraktin perusteella	Poistettu koko tekstin perusteella	Hyväksytään
Cinahl						
home childbirth AND communication	Full Text, 2006-2016	15	10	5	0	0
home childbirth AND professional-patient relations	Full Text, 2006-2016	69	60	5	4	0
home birth AND communication	Full Text, 2006-2016	38	31	5	1	1 Vedam ym.
home birth AND transfer	Full Text, 2006-2016	8	6	1	1	1 Wiegers, Therese – de Borst, Julia
“home birth” AND transfer AND hospital	Full Text, 2006-2016	8	4	2	2	0
Medic						
kotisyntytyys		16	15	0	0	1 Jouhki, Maija-Riitta
homebirth AND transfer		8	7	1	0	0
homebirth AND communication		10	9	1	0	0
Pubmed						
Home birth and transfer	Full Text, 2006-2016	93	85	5	2	1 Lindgren, Helena E. – Rådestad, Ingela J. – Hildingsson, Ingegerd M.

4.2 Aineiston valinta

Työn aineistoksi valikoitui kolme tutkimusta, jotka on esitelty liitteessä 1. Näiden lisäksi aineistoon valittiin Pohjois-Amerikasta yksi katsaus, joka käsittelee ammattilaisten asenteita kotisyntytyksiä kohtaan, ammattilaisten ja äitien kokemuksia synnytyspaikan turvallisuudesta sekä ammattilaisten välisten konfliktien syitä, kun synnyttäjä siirtyy kotoa sairaalaan (Vedam ym. 2014: 624).

Googlen hakutuloksista aineistoon valikoituivat Äitiysneuvolaopas (Pouta ym. 2013), Kotisyntytyys Suomessa -opas (Aktiivinen synnytys ry 2015) ja Potilasturvallisuusopas (THL 2011). Äitiysneuvolaopas ja Kotisyntytyys Suomessa -opas valittiin aineistoon, koska niissä kerrotaan kotisyntytyksen käytännöistä Suomessa. Potilasturvallisuusoppaassa

käsittellään Suomessa tapahtuvaa potilaan hoitoon liittyvää dokumentointia ja tiedonkulkua.

4.3 Aineiston analyysi

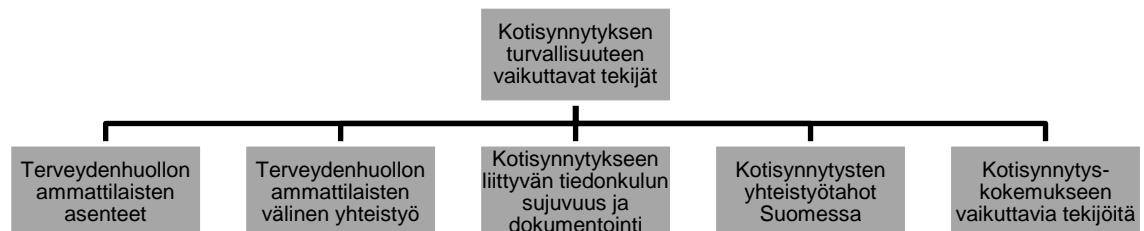
Sisällönanalyysillä dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Analyysin avulla järjestellään, kuvaillaan ja kvantifioidaan tutkittavana olevaa ilmiötä. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää muun muassa raporttien, kirjojen, artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. (Kyngäs–Vanhanen 1999: 4.)

Aineistoa analysoidaan induktiivisen analyysin menetelmällä, eli analyysissä edetään aineistosta lähtien. Ensimmäisessä vaiheessa määritellään analyysiyksikkö, joka voi olla yksi sana tai sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Valinta tehdään tutkimuskysymysten ja aineiston laadun perusteella. Tämän jälkeen aineistoa luetaan läpi useita kertoja, minkä jälkeen pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan eli käsitteellistetään aineistoa. Pelkistämisessä aineistosta kerätään tutkimuskysymykseen vastaavia ilmaisuja. Tämän jälkeen ryhmittelyssä etsitään pelkistetyistä ilmaisuista samankaltaisuuksia, jotka jaetaan omiin kategorioihinsa ja nimetään kategoria sisältöään kuvaavaksi. Seuraavaksi samansisältöiset kategoriat yhdistetään toisiinsa ja niistä muodostuu yläkategorioita, jotka jälleen nimetään sisältöä kuvaavaksi. Kategorioiden yhdistämistä jatketaan niin pitkään kuin mahdollista. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5–7.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimuskysymyksiin haetaan vastausta yhdistelemällä käsitteitä. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, joiden lopputuloksena on käsitteellinen näkemys tutkittavasta aiheesta. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 108.)

Aineistosta poimittiin tutkimuskysymyksiin vastaavia lauseita ja kappaleita. Lainaukset kirjoitettiin taulukkoon ja englanninkieliset ilmaisut suomennettiin. Lainaukset pelkistettiin lyhyiksi lauseiksi ja kappaleiksi, minkä jälkeen ne nimettiin sisältöä kuvaaviksi alaluokiksi. Tämän jälkeen aineisto ryhmiteltiin samankaltaisuuksiin, joista muodostui viisi yläluokkaa. Näistä viidestä yläluokasta muodostui yksi pääluokka, jonka nimi on Kotisynnytyksen turvallisuuteen vaikuttavat tekijät (liite 2).

5 Tulokset

Aineiston analyysin tuloksena saatiin viisi yläluokkaa ja yksi yhdistävä pääluokka, jotka on esitelty kuviossa 2.



Kuvio 2. Tulosten pääluokka ja yläluokat

5.1 Tiedonkulkuun vaikuttavat tekijät kotisynnytyksessä

Alla kuvattu neljä yläluokkaa, jotka vastaavat opinnäytetyötä ohjaavaan kysymykseen: mitkä tekijät vaikuttavat tiedonkulkuun kotisynnytyksessä?

5.1.1 Terveysthuollon ammattilaisten asenteet

Pohjois-Amerikassa merkittävä enemmistö lääkäreistä ja hoitajista vastusti kotisynnytyksiä siitä huolimatta, että niiden kysyntä kasvaa ja tutkimusnäyttö osoittaa, että kättilön avustamana kotisynnytys on turvallinen ja taloudellinen vaihtoehto. Joidenkin ammattilaisten mielestä kotisynnytyksen valitseva nainen asettaa oman kokemuksensa vastasyntyneen terveyden edelle. Myös yleinen mielipide kotisynnytyksistä oli voimakkaasti jakautunut. Ammattilaisten väliset konfliktit johtuivat yleensä erilaisista uskomuksista kotisynnytysten turvallisuudesta ja riskeistä. Ammattilaisten roolit ja velvollisuudet eivät jakautuneet selkeästi. Heillä oli myös erilaisia odotuksia kommunikaatiosta. (Vedam ym. 2014: 624–625.)

Lääkärit tunsivat pelkoa ja turhautumista, kun he kokivat joutuvansa ottamaan vastuun toisen ammattilaisen hoitamasta potilaasta. Suurin osa kotoa sairaalaan tapahtuneista siirroista ei ollut kiireellisiä. Ne harvat hätätilanteet, joissa lääkärit olivat olleet mukana

tai kuulleet tapauksesta sairaalan puskaradion kautta, aiheuttivat vihaa ja vaikuttivat voimakkaasti heidän tunteisiinsa. Vastuun ottaminen kotoa sairaalaan siirtyneestä potilaasta aiheutti pelkoa ja haavoittuvuuden tunnetta, jota oli vaikea lievittää, vaikka hoidon lopputulos oli positiivinen. (Vedam ym. 2014: 629.)

Kotisynnytys osana koulutusta, käytännön kokemus, nuori ikä ja kokemus synnytystilasta edistivät yhdysvaltalaisen tutkimuksen (N = 1893) mukaan ammattilaisten myönteisempää asennetta kotisynnytyksiä kohtaan. Sairaalaan siirtymiseen liittyvät vaikeudet ja riski joutua paheksunnan kohteeksi aiheuttivat negatiivisia asenteita ammattilaisten keskuudessa. Kätilöt kokivat epämukavaksi konsultoinnin kotisynnytykseen liittyvissä asioissa. (Vedam ym. 2014: 626.)

Suomessa Maija-Riitta Jouhkin (2008: 33–34, 47) pro gradu -tutkielmassa naiset kuvasivat vallitsevan mielipiteen kotisynnytyksiä kohtaan kielteiseksi ja kertoivat kohtaavansa julkisessa terveydenhuollossa paheksuntaa, tuen puutetta ja epäasiallista kohtelua. Myös terveydenhoitajien ja kätilöiden suhtautumista ja toimintaa kuvattiin kielteisenä. Merkittävimmät kotisynnytyspäättöstä estävät tekijät olivat terveydenhuollon kielteiset asenteet ja toimet.

5.1.2 Terveydenhuollon ammattilaisten välinen yhteistyö

Hollantilaisessa tutkimuksessa selvitettiin terveysalan ammattilaisten ja potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia kiireellisistä siirtotilanteista kotoa sairaalaan sekä ammattilaisten velvollisuuksia ja heidän välistä kommunikaatiota. Haastatteluiden perusteella ammattilaiset kertoivat yhteistyön olevan usein riittävää, mutta epävirallista. He kertoivat saavansa yhteyden toisiinsa hätätilanteissa, mutta eivät aina olleet tietoisia olemassa olevista sopimuksista tai protokollista. He olivat epävarmoja toistensa kompetensseista eivätkä aina tienneet, mitä odottaa toisiltaan. Tutkimuksen mukaan kotikätilöille olisi laadittava protokolla siirtoprosessin edistämiseksi, kun he soittavat hätäkeskukseen. Protokollan puuttuminen voi johtaa vastuualueita koskeviin väärinkäsityksiin hätätilanteissa. Sairaalaan siirtymisessä voi ilmetä ristiriitoja huonon kommunikaation vuoksi kätilön, ensihoidon ja sairaalahenkilökunnan välillä. Kotisynnytys Suomessa -oppaassa mainitaan, että ulkomaalaisilla tutkimuksilla ei voida suoraan perustella suomalaisten kotisynnytysten turvallisuutta, koska osa kotisynnytysten turvallisuutta on sujuva yhteistyö sairaaloiden kanssa, mikä ei ole vielä Suomessa itsestäänselvyys (Wiegers – De Borst 2013: 1–3; Aktiivinen synnytys ry 2015: 4.)

Terveysalan ammattilaisten toistensa tunteminen henkilökohtaisesti oli tärkeää laaduka-
kaan hoidon turvaamiseksi hätätilanteissa. Yhteistyötä ei nähty ongelmana, kun hoito-
henkilökunta luotti toisiinsa. Hollannissa oli harvoin virallisia tapaamisia kotikätilöiden,
ensihoidon ja sairaalahenkilökunnan välillä. Ensihoidon henkilökunta ja kotikätilöt kohta-
sivat toisensa vain siirrettäessä synnyttäjää sairaalaan. Useimmat tutkimukseen vastan-
neista kertoivat, että tilanteita käsiteltiin eri ammattiryhmien välillä, mutta ensihoidon ja
kätilöiden välillä palautetta ei usein annettu. Kommunikaatiota ja yhteistyötä edistivät ter-
veysalan eri ammattiryhmien yhteiset koulutukset. Panostus dialogiin ja suhteisiin sai-
raalan ja kätilöiden välillä loi molemminpuolista luottamusta ja sujuvaa yhteistyötä jo en-
nen hätätilanteita. Tutkimus osoitti henkilökohtaisten suhteiden olevan yhtä tärkeitä oi-
kea-aikaiseen ja tarkoituksenmukaiseen hoitoon kuin protokollat ja suositukset. (Wiegers
– De Borst 2013:1, 7, 12-13.)

Pohjois-Amerikassa tehdyssä katsauksessa ammattilaisten välisellä vuorovaikutuksella
todettiin olevan yhteys hoidon tuloksiin. Ammattilaisten väliset konfliktit saattoivat vaikut-
taa haitallisesti äidin ja vastasyntyneen hoidon tuloksiin ja kokemuksiin saamastaan hoi-
dosta, kun siirryttiin synnytyspaikasta toiseen. Äidin ja vastasyntyneen saumaton siirto
kotoa sairaalaan edisti turvallisuuden kokemusta perheiden ja ammattilaisten keskuu-
dessa. Kotisynnytyksen turvallisuutta edisti kuljetuksen saatavuus ja kuljetukseen liitty-
vät järjestelyt sairaalan kanssa. Kotikätilöiden mukaan yhteistyön puuttuminen sairaala-
henkilökunnan kanssa vaikutti joskus viivästymisiin sairaalaan siirryttäessä. (Vedam ym.
2014: 624, 626, 629.)

Kätilöt ja lääkärit kokivat epämiellyttäväksi kotisynnytystä koskevat konsultaatiot, ja kit-
kaa äitiyshuollon ammattilaisten välillä oli erityisesti silloin, kun siirryttiin kotoa sairaa-
laan. Edellä mainitut asiat vaikuttivat siihen, miten kommunikaatio ja yhteistyö koettiin
siirtymisen aikana. Ammattilaisten roolien selvyys ja hyvä kommunikaatio olivat ensisi-
jaisia tekijöitä ennaltaehkäisemään äidin tai vastasyntyneen hoidon huonoja lopputulok-
sia. Katsauksessa korostuu tarve jaetulle päätöksenteolle ja kommunikaatiolle äitiys-
huollon ammattilaisten välillä sekä yhteisille koulutusmahdollisuuksille. (Vedam ym.
2014: 625, 627, 631.)

5.1.3 Kotisynnytykseen liittyvän tiedonkulun sujuvuus ja dokumentointi

Maija-Riitta Jouhkin tutkimuksessa käy ilmi, että ennen kotisynnytyspäättöstä naiset haikivat tietoa aiheesta. Naiset kertoivat, että Suomessa tiedonsaatavuus kotisynnytyksestä oli ristiriitaista. Suomenkielistä tietoa kotisynnytyksestä saatiin kirjoista, Aktiivinen synnytys ry:stä ja muilta kotisynnyttäjiltä. Englanninkielistä tietoa löytyi runsaasti. Naiset kokivat, että tiedonsaatavuus vaikeutui, koska asiasta tavallaan vaiettiin. Terveystieteiden ammattihenkilöillä on velvollisuus antaa perheille puolueetonta tietoa kotisynnytyksestä, siihen liittyvistä riskeistä ja käytännön järjestelyistä, koska kotisynnytykseen liittyvä vastuu on pääsääntöisesti perheellä. Naiset kokivat, ettei heille annettu tietoa eikä heidän mielipiteitään otettu huomioon. Monipuolinen ja monitasoinen tieto olivat tärkeitä kotisynnytyspäättöstä edistäviä tekijöitä. (Jouhki 2008: 33, 44–47.)

Hollannissa tehdyssä tutkimuksessa yli 90 % kyselyyn vastanneista kustakin ammattiryhmästä oli sitä mieltä, että tiedonkulku etenee usein tai aina sujuvasti, kun he tunsivat toisensa. Hollannissa yhteys kotikätilön ja sairaalan välillä tapahtui yleensä puhelimitse ja potilastiedot olivat usein paperisena, koska sähköiset järjestelmät eivät olleet yhteensopivia. Tiedon toistaminen useammin kuin kerran saattoi johtaa keskeisen tiedon menetykseen. (Wiegers – De Borst 2013: 8–9.)

Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Synnyttäjän suostumuksella synnytyssairaalaa informoidaan kotisynnytyssuunnitelmasta. Synnyttäjistä ja vastasyntyneistä tehdään erilliset potilasasiakirjat. Kotisynnytykseen liittyvät potilasasiakirjat ovat yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa tarkoitettuja asiakirjoja. Näitä asiakirjoja koskevat säännökset yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajasta ja itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivasta terveydenhuollon ammattilaisesta. Kotikätilö kirjoittaa synnytyskertomuksen, joka selventää lastenlääkärille ja neuvolan henkilökunnalle synnytyksen kulkua ja vauvan vointia. Eri osapuolten suositellaan allekirjoittavan kotisynnytykseen liittyvä sopimus, joka voi vahvistaa kotona synnytystä avustavan ammattihenkilön oikeusturvaa. (Pouta ym. 2013: 257–258; Aktiivinen synnytys ry 2015: 9.)

Dokumentointi on tärkeä keino viestiä potilaan hoitoon tarvittavista tiedoista, joten se kytkeytyy tiiviisti tiedonkulkuun. Dokumentoinnin ja tiedonkulun välinen jatkumo on

avainasemassa laadukkaan ja turvallisen hoidon antamisessa. Dokumentointi luo pohjaa turvallisuusriskien hallinnalle. (THL 2011: 26.)

5.1.4 Kotisynnytysten yhteistyötahot Suomessa

Kotisynnytysten turvallisuutta edistää hyvä yhteistyö julkisen terveydenhuollon kanssa, ja monet yksiköt ovat jo luoneet ohjeistuksia palvelujen sujuvoittamiseksi. Raskaana oleva ei ole velvollinen ilmoittamaan kotisynnytyspäätöksestään, mutta sujuva yhteistyö edistää perheen hyvinvointia. (Aktiivinen synnytys ry 2015: 6, 9.)

Kotisynnytystä suunnittelevan tulisi saada synnytyksen kannalta välttämättömät lääkkeet ja lähetteet neuvolasta, lähetteet napaverestä otettaviin näytteisiin ja vastasyntyneen lastenlääkäritarkastukseen. Lähetettä lastenlääkäritarkastukseen voi pyytää myös lastenpoliklinikalta tai lapsivuodeosastolta. Valtakunnallista yhteistä käytäntöä ei näistä ole, joten jokaisen neuvolan tulee löytää oma tapansa tarjota edellä mainittuja palveluja. Joillakin paikkakunnilla yhteistyö on hoidettu niin, että kotikätilö saa reseptit paikallisesta synnytysyksiköstä. (Aktiivinen synnytys ry 2015: 5, 9.)

Kotisynnytyksen avustanut terveydenhuollon ammattilainen arvioi kotona vastasyntyneen voinnin ainakin kerran vuorokaudessa lastenlääkäritarkastukseen asti ja huolehtii napaverestä otettavien näytteiden toimittamisesta laboratorioon ja tulosten tarkistamisesta (Pouta ym. 2013: 258–259). Jossain sairaaloissa on käytäntönä, että kotikätilö tuo syntymätodistuksen ja napaverinäytteet synnytyssaliin. Siellä lapselle luodaan väliaikainen henkilötunnus, tehdään lähetteet näytteille ja varataan aika lastenlääkäritarkastukseen. Lastenlääkäritarkastuksessa nainen ei ole asiakkaana. (Aktiivinen synnytys ry 2015: 9.)

Synnytyksen avustaneen ammattihenkilön tulee ohjeistaa perhettä tarkkailemaan lasta ja ottamaan yhteyttä tarvittaessa lastenlääkəriin, koska ensisijainen vastuu lapsen voinnista kotisynnytyksen jälkeen on vanhemmilla. Kotikätilöllä on vastuu naisen voinnin seurannasta. Vanhemmat tai kätilö ottavat yhteyttä synnytyssairaalaan 2–4 vuorokauden kuluttua syntymästä lastenlääkäritarkastusta varten. Kotisynnytyksessä avustanut terveydenhuollon ammattilainen ilmoittaa lapsen syntymän maistraattiin, väestötietojärjestelmään ja huolehtii syntymärekisteri-ilmoituksesta Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle. (Pouta ym. 2013: 258–259; Aktiivinen synnytys ry 2015: 9.)

Kotikätilöillä ei ole yhteistä toimintaohjetta, vaan jokainen päättää omat toimintatapansa (Aktiivinen synnytys ry 2015: 4). Maija-Riitta Jouhkin (2008: 57) pro gradu -tutkielmassa suosituksena on, että kotisynnytysten hoidosta pitäisi laatia kansallinen toimintaohje.

5.2 Kotisynnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä

”Kotisynnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä” on yksi viidestä pääluokasta ja se vastaa opinnäytetyötä ohjaavaan kysymykseen: millaisia vaikutuksia tiedonkululla on kotisynnytyskokemukseen.

Synnyttäjien negatiiviset kokemukset hoidosta liittyivät henkilökunnan negatiivisiin asenteisiin, huonoon kommunikaatioon ja synnytysrauhan häiritsemiseen. Sairaalaorganisaatioon liittyvät tekijät harmittivat erityisesti silloin, kun kotikätilö ei saanut jäädä paikalle. Naiset kokivat myös pettymystä omaan kyvykkyyteensä, jos suunniteltu kotisynnytys ei toteutunut. Ammattilaisten asenteilla ja synnyttäjän kokemalla kohtelulla saattoi olla merkittävää vaikutusta synnytyskokemukseen. Naisten kokema kohtelu ja organisaatioon liittyvät tekijät olivat yleisimmät syyt tyytymättömyyteen. (Lindgren ym. 2011: 103–104.)

Belgiassa kotisynnytys ei kuulunut julkiseen terveydenhuoltoon. Naiset, jotka siirtyivät kotoa sairaalaan synnytyksen aikana tai heti sen jälkeen, arvioivat synnytyskokemuksensa huonommaksi. Hollannissa, jossa kotisynnytys oli osa julkista terveydenhuoltoa, negatiivisia kokemuksia sairaalaan siirtymisessä ei ilmennyt. Myös Ruotsissa siirtyminen suunnitellusta kotisynnytyksestä sairaalaan vaikuttivat negatiivisesti synnytyskokemukseen. Ruotsissa terveydenhuoltojärjestelmä ei ollut valmistautunut kotisynnyttäjiin ja sairaalaan tuleminen tarkoitti usein sitä, että nainen joutui eroon kotikätilöstään. Koska Ruotsissa kotisynnytykset olivat harvinaisia, sairaalahenkilökunta saattoi kokea tilanteen kiusalliseksi. (Lindgren ym. 2011: 101, 104–105.)

Jatkuvuus ja naisen kokema kontrollin tunne on todettu useissa eri tutkimuksissa edistävän positiivista synnytyskokemusta. Yhteyksien luominen sairaalan ja kotisynnytysten välille voisi parantaa naisten synnytyskokemuksia riippumatta siitä, missä synnytys lopulta tapahtuu. (Lindgren ym. 2011: 101, 105.)

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyö antaa kattavan kuvauksen kotisynnytyksen tiedonkulun merkityksestä: missä tilanteissa tiedonkulkua tarvitaan, mitä tekijöitä siihen liittyy ja miten ne vaikuttavat synnytyskokemuksiin. Tuloksista selviää myös, millaisia kotisynnytyksen toimintatapoja Suomessa on. Suomalaista tutkittua tietoa kotisynnytyksen tiedonkulusta ei ole. Aikaisemmat opinnäytetyöt kotisynnytysaiheesta eivät ole käsitelleet tiedonkulkua. Ammattilaisten asenteita ja synnyttäjien kokemuksia pystymme vertaamaan aikaisemmin Suomessa tutkittuun tietoon, ja tulokset ovat samankaltaisia.

Valitsimme aineistoon tutkimuksia Ruotsista, Hollannista ja Pohjois-Amerikasta. Kaikkia tuloksia ei voida täysin verrata Suomeen. Mutta etenkin Ruotsissa ja Pohjois-Amerikassa tehtyjen tutkimustuloksien peilaaminen Suomeen on mahdollista, koska näissäkin maissa kotisynnytys ei kuulu julkiseen terveydenhuoltoon. Aineistoon valittujen tutkimusten iso otanta parantaa tulosten hyödynnettävyyttä. Ruotsalaiseen tutkimukseen osallistui 671 kotona synnyttänyttä naista, joista 95 oli siirtynyt sairaalaan (Lindgren ym. 2011: 101). Hollantilaiseen tutkimukseen osallistui 108 hoitoalan organisaatiota ja 42 kii-reellisesti sairaalaan siirrettyä synnyttäjää (Wiegers – De Borst 2013: 972). Vedam ym. (2014: 624) tekemässä katsauksessa käsitellään useita Pohjois-Amerikassa tehtyjä tutkimuksia ammattilaisten asenteista, turvallisuuden kokemuksista ja syistä ammattilaisten välisiin konflikteihin siirryttäessä kotoa sairaalaan kotisynnytyksen aikana.

Suomessa ja Pohjois-Amerikassa terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuivat negatiivisesti kotisynnytyksiin. Pohjois-Amerikassa erilaiset käsitykset kotisynnytykseen liittyvistä riskeistä aiheuttivat konflikteja ammattilaisten välille. Ammattilaisten myönteisempää asennetta kotisynnytyksiä kohtaan edistivät kotisynnytys osana koulutusta, käytännön kokemus ja nuori ikä. Kirsi Viisaisen väitöskirjassa kerrotaan lääketieteen edustajien suhtautuneen kielteisesti kotisynnytyksiin. 17 vuotta myöhemmin Maija-Riitta Jouhkin väitöskirjassa käy ilmi, että julkinen terveydenhuolto ei tukenut perheen valintaa synnyttää kotona. (Vedam ym. 2014: 624, 626; Viisainen 2000: 12; Jouhki 2008: 10, 33.) Ammattilaisten kielteisistä asenteista huolimatta kotisynnytysten määrä on noussut. Meidän mielestämme terveydenhuollon organisaatiossa tarvitaan enemmän neutraalia, näyttöön perustuvaa keskustelua kotisynnytyksistä.

Tutkimuksista käy ilmi hyvän synnytyskokemuksen yhteys synnyttäjän kokeman kontrollin ja hallinnan tunteeseen (Lindgren ym. 2011: 101; Jouhki 2017: 10; Viisainen 2000: 12). Koska kotisynnytyksiä käsittelevistä tutkimuksista on saatu myönteisiä tuloksia, mielestämme on aiheellista miettiä, miten synnyttäjän kokemaa hallinnan tunnetta voitaisiin edistää sairaalasyntymyksessä. Lindgrenin ym. (2011: 104–105) tutkimuksessa tulee ilmi, että Hollannissa, jossa kotisynnytys on osa julkista terveydenhuoltoa, naiset eivät arvioineet synnytyskokemusta huonommaksi, vaikka siirtyivät kotoa sairaalaan. Ruotsissa ja Belgiassa, jossa kotisynnytys ei kuulu julkiseen terveydenhuoltoon, siirtyminen sairaalaan vaikutti naisten synnytyskokemuksiin negatiivisesti. Voitaaisiinko Suomessa rakentaa parempia yhteyksiä kodin ja sairaalan välille siitä huolimatta, että kotisynnytys ei ole osa julkista terveydenhuoltoa? Mielestämme toimiva yhteistyö hyödyntäisi kaikkia: sairaalahenkilökuntaa, kotisynnytyksessä avustavaa ammattilaista ja ennen kaikkea synnyttäjää ja vastasyntyntä sekä muuta perhettä. Vedam ym. (2014: 626, 629) mukaan ammattilaiset kokivat konsultoinnin epämukavaksi kotisynnytykseen liittyvissä asioissa ja yhteistyön puuttuminen sairaalahenkilökunnan kanssa vaikutti joskus viivästymisiin sairaalaan siirryttäessä. Pohdimme, että viivyttelyt konsultoinnissa ja sairaalaan siirtymisessä asenteiden ja yhteistyön puuttumisen vuoksi ovat merkittäviä turvallisuusriskejä sekä äidin että vastasyntyneen kannalta.

Hollannissa tehdyssä tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaiset kertoivat tiedonkulun olevan hyvää siirryttäessä kotisynnytyksestä sairaalaan, kun he tuntevat toisensa (Wiegers – De Borst 2013: 8). Mielestämme tiedonkulun sujuvuuden ei tulisi olla riippuvainen siitä, tuntevatko ammattilaiset toisiaan vai eivät. Selkeä ammattilaisten vastuualueiden jakaminen voi vähentää epävarmuutta ja lisätä roolien selvyttä kotoa sairaalaan siirtymisen aikana. Wiegersin ja De Borstin (2013: 8) tutkimuksen mukaan ammattilaiset kertoivat, että he olivat epävarmoja toistensa kompetensseista eivätkä aina tienneet mitä odottaa toisiltaan. He eivät olleet aina tietosia olemassa olevista sopimuksista tai protokollista.

Osa kotisynnytysten turvallisuudesta on sujuva yhteistyö sairaaloiden kanssa, mikä ei ole vielä itsestäänselvyys Suomessa (Aktiivinen synnytys ry 2015: 4). Mielestämme kotikätilöiden ja sairaalahenkilökunnan olisi hyvä laatia yhdessä ohjeistukset tilanteisiin, joissa kotona synnyttävä nainen ja/tai vastasyntynyt joudutaan siirtämään sairaalaan. Jos tällaiset ohjeistukset laaditaan, myös kotikätilöiden olisi tärkeää sitoutua niihin, vaikka he toimivat itsenäisinä ammatinharjoittajina. Ohjeistuksien avulla sujuvalla yhteistyöllä voisi olla positiivisia vaikutuksia hoidon lopputuloksiin ja ammattilaisten kielteisiin

asenteisiin kotisynnytyksiä kohtaan. Pohjois-Amerikassa julkaistussa katsauksessa ammattilaisten väliset konfliktit saattoivat vaikuttaa haitallisesti äidin ja vastasyntyneen hoidon tuloksiin ja kokemuksiin saadusta hoidosta (Vedam ym. 2014: 624). Tammisen ja Metsävainion (2015: 338–339) artikkelissa kerrotaan, että toimivalla viestinnällä oli merkittävä vaikutus vaaratilanteiden välttämiseksi hoitovastuun siirtyessä. Puutteet merkityksellisen tiedon välittymisessä saattoivat johtaa katastrofaalisiin lopputuloksiin. Ammattilaisten välillä yhteistyössä korostui toimiva viestintä. Potilassiirroissa vaaratapaukset liittyivät usein viestintäongelmiin. Mietimme, voisiko keskusteluyhteyden luominen kotisynnytyksiä avustavien ammattilaisten ja sairaalahenkilökunnan välillä, esimerkiksi yhteisten koulutuksien myötä, vähentää ammattilaisten välisten konfliktien syntyä ja lisätä toimivaa viestintää vaaratilanteiden välttämiseksi.

Suomessa kotisynnytystä suunnittelevat naiset hakivat tietoa aiheesta ennen kotisynnytystä ja kokivat tiedon saatavuuden ristiriitaiseksi. Monipuolinen ja monitasoinen tieto oli tärkeä kotisynnytyspäättöstä edistävä tekijä. (Jouhki 2008: 19–20, 45.) Maija-Riitta Jouhkin tutkielman tuloksia tarkasteltaessa täytyy huomioda, että sen julkaisun jälkeen Suomessa on julkaistu uudistettu Äitiysneuvolaopas (2013), jossa on ensimmäistä kertaa osio kotisynnytyksestä, sekä Aktiivinen synnytys ry:n julkaisema Kotisynnytys Suomessa – opas perheille ja ammattilaisilla (2015). Kotisynnytyksestä on siis nykyään enemmän tietoa saatavilla suomeksi sekä perheille että äitiysneuvolassa työskenteleville ammattilaisille. Tämän vuoksi Jouhkin (2008) tutkielmassa saadut tulokset kotisynnytystä suunnittelevien tiedon saatavuudesta eivät ole enää täysin peilattavissa nykyhetkeen.

Kotisynnytysten turvallisuutta edistää yhteistyö julkisen terveydenhuollon kanssa. Kotisynnytystä suunnittelevan tulisi saada synnytyksen kannalta välttämättömät lääkkeet ja lähetteet neuvolasta. (Aktiivinen synnytys ry 2015: 5–6.) Pohdimme, että äitiysneuvolan työntekijöiden tiedollinen osaaminen kotisynnytyksistä voi olla suppeaa, koska kotisynnytyksien määrä on vuosittain Suomessa pieni. Siitä johtuen neuvoloissa voitaisiin keskittää kotisynnytystä suunnittelevat asiakkaat yhdelle työntekijälle.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tässä opinnäytetyössä tiedonhaku on kuvattu taulukossa 1, aineiston kokoaminen ja sisällönanalyysi ovat esitelty liitteissä (liite 1 ja liite 2). Aineiston kokoaminen ja sen analysoinnin kuvaus lisää työn luotettavuutta. Olemme kirjoittaneet siten, että lukijan on

helppo ymmärtää työn sisältöä, saadaan kokonaiskuva kuvatusta aiheesta ja kirjoitusprosessista. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 141.) Opinnäytetyö on plagiointitarkastettu Turnitin:ssa.

Olemme noudattaneet aineiston valinnassa ja käsittelyssä hyvää tutkimusetiikkaa sekä kirjoittaneet rehellisesti työn tuloksista (ks. Tuomi – Sarajärvi 2013: 125; Kangasniemi ym. 2013: 297). Käytimme paljon aikaa aineiston hakuun ja luimme monia kokonaisia tekstejä aineistoa valittaessa. Teimme tiedonhakua erikseen omilla tahoillamme, mutta silti päädyimme samoihin julkaisuihin. Valitut tutkimukset ja yksi katsaus haettiin sosiaali- ja terveysalan tietokannoista. Manuaalisella tiedonhaualla aineistoon valituista oppaista valittiin THL:n julkaisemat Äitiysneuvolaopas ja Potilasturvallisuusopas, jotka sisältävät virallisia suomalaisia ohjeistuksia. Manuaalisella tiedonhaualla löytyi myös Kotisynnytysopas Suomessa, joka on ainoa suomalainen opas perheille ja ammattilaisille.

Suurin osa tämän työn aineistosta on englanninkielistä. Terveystieteiden ammattisanoja oli ajoittain haastavaa suomentaa, koska joitakin teksteissä olevia nimikkeitä tai termejä ei ole käytössä suomalaisessa terveydenhuollossa. Olemme suomentaneet tekstiä parhaamme mukaan, mutta väärinymmärrysten mahdollisuus on olemassa.

Opinnäytetyön suunnitelma tehtiin syksyllä 2016. Esittelimme opinnäytetyön tuloksia Metropolia Ammattikorkeakoulussa 7.11.2017 kättilökahveilla. Työ julkaistaan myös verkossa Theseus-tietokannassa. Osallistumme kypsyysnäytteeseen 14.11. 2017.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Terveystieteiden ammattilaisten asenteet kotisynnytyksiä kohtaan ovat yleensä kielteisiä.
2. Kotisynnytyksiin liittyy ammattilaisten välisiä kommunikaation ja yhteistyön haasteita.
3. Ammattilaisten asenteilla ja yhteistyön haasteilla on negatiivisia vaikutuksia hoidon lopputuloksiin ja synnytyskokemuksiin.

4. Edistämällä suhteita kotisynnytyksiä hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten ja julkisen terveydenhuollon välillä voidaan lisätä kotisynnytysten turvallisuutta sekä parantaa synnyttäjien kokemuksia.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotamme haastattelututkimuksia:

1. Suomalaisten kotikätilöiden ja julkisen terveydenhuollon yhteistyöstä.
2. Sairaalassa työskentelevien kätilöiden ja lääkäreiden kotisynnytyskokemuksista ja asenteista.

Lähteet

Aktiivinen synnytys ry 2015. Kotisynnytys Suomessa – opas perheille ja ammattilaisille. Verkkodokumentti. <http://aktiivinensynnytys.fi/wp-content/uploads/2017/03/aksy_kotisynnytys.pdf>. Luettu 15.8.2017.

Blix, Ellen – Kumle, Merethe – Kjærgaard, Hanne – Øian, Pål – Lindgren, Helena E 2014. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth. Verkkodokumentti. <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-179>>. Luettu 1.11.2017.

Gissler, Mika 2017. Tutkimusprofessori. THL. Helsinki. Suullinen tiedonanto. 20.3.2017.

Heino, Anna – Vuori, Eija – Gissler, Mika 2017. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.julkari.fi/handle/10024/135445>>. Luettu 7.11.2017.

Helsti, Hilkka 2000. Kotisynnytysten aikaan. Etnologinen tutkimus äitiyden ja äitiysvalituksen konflikteista. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Hoitopaikanvalinta 2017. Synnytyssairaalat. Verkkodokumentti. <<https://www.hoitopaikanvalinta.fi/yhteystiedot/julkinen-terveydenhuolto/synnytyssairaalat/>>. Luettu 7.11.2017.

Jouhki, Maija-Riitta 2008. Kotisynnytys valintana – synnyttäjän näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Jouhki, Maija-Riitta 2017. Yhdessä oleminen, toimiminen ja yhteyden tunteminen: Perheen kokemus lapsen syntymisestä kotona. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Saatavilla myös sähköisesti <<https://tampub.uta.fi/handle/10024/100927>>.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1). 3–12.

Lindgren, Helena E. – Rådestad Ingela J. – Hildingsson, Ingegerd M. 2011. Transfer in planned home births in Sweden – effects on the experience of birth: A nationwide population-based study. Sexual & Reproductive Healthcare 3 (2). 101–105.

Pouta, Anneli – Hakulinen-Viitanen Tuovi – Klemetti, Reija – Pelkonen, Marjaana – Vallimies-Patomäki, Marjukka – Ellilä, Merja – Häkkinen, Hannele – Jouhki, Maija-Riitta – Kampman-Nikulainen, Taru – Keravuo, Ritva – Lang, Leena – Lehtomäki, Leila – Liira, Helena – Paahtama Soile – Rahkonen, Eeva – Raudaskoski, Tytti – Raussi-Lehto, Eija – Rätty, Heidi – Uotila, Jukka – Virtanen, Terhi – Ylä-Soininmäki, Taina 2013. Synnytykseen valmistautuminen. Synnytyksen suunnittelu erikoistilanteissa. Kotisynnytys. Teoksessa Klemetti, Reija – Hakulinen-Viitanen, Tuovi (toim.). Äitiysneuvola-opas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere. 256–259.

Raatikainen, Kaisa – Härmä, Kirsi – Randell, Kaisa 2010. Ylipainoisen raskaus. Suomen Lääkärilehti 65 (12). 1103–1108.

Raussi-Lehto, Eija 2015. Matalan riskin synnytyksen määritelmä. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita. 216.

Raussi-Lehto, Eija – Jouhki, Maija-Riitta 2015. Suunniteltu kotisynnytys. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita. 286–288.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan Yliopisto. Verkkodokumentti. <http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>. Luettu 8.11.2016.

Sariola, Anna – Tikkanen, Minna 2011. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, Olavi – Tapanainen, Juha (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 315–325.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä 782/2014. Annettu 23.9.2014.

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM 2014. Päivystysasetuksen päivityksellä taataan hoidon laatua ja turvallisuutta. Verkkodokumentti. <http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/paivystysasetuksen-paivityksella-taataan-hoidon-laatua-ja-turvallisuutta>. Luettu 26.10.2016.

Suhonen, Riitta – Axelin, Anna – Stolt, Minna 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun Yliopisto. 7–22.

Tamminen, Juuso – Metsävainio, Kirsi-Marja 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Finnanest 48 (4). 338–343.

Theseus 2017. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut. Verkkodokumentti. <<https://theseus.fi/discover?query=kotisynnytys>>.

THL = Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

THL 2011. Potilasturvallisuusopas. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>>. Luettu 21.11.2016.

Tiitinen, Aila 2015. Normaali synnytys. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160>. Luettu 28.10.2016.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Uotila, Jukka 2015. Sikiön ahdinko synnytyksen aikana. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita. 526–536.

Uotila, Jukka – Tuimala, Risto 2011. Synnytyshäiriöt. Teoksessa Ylikorkala, Olavi – Tapanainen, Juha (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 460–467.

Vedam, Saraswathi – Leeman, Lawrence – Cheyney, Melissa – Fisher, Timothy J. – Myers, Susan – Kane Low, Lisa – Ruhl, Catherine 2014. Transfer from Planned Home Birth to Hospital: Improving Interprofessional Collaboration. *Journal of Midwifery & Women's Health* 6 (59) 624–634.

Viisainen, Kirsi 2000. Choices in Birth Care – The Place of Birth. Väitöskirja. Helsinki: University of Helsinki. Faculty of Medicine. Department of Public Health.

Vuori, Eija – Gissler, Mika 2016. Perinataalilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti. <<http://www.julkari.fi/handle/10024/131259>>. Luettu 25.10.2016.

Vuori, Eija – Gissler, Mika 2015. Vastasyntyneet 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti. <<http://www.julkari.fi/handle/10024/129578>>. Luettu 25.10.2016.

Vuori, Eija – Gissler, Mika 2014. Perinataalilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti. <<http://www.julkari.fi/handle/10024/116818>>. Luettu 2.11.2016.

Vuori, Eija – Gissler, Mika 2013. Vastasyntyneet 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110752/Tr32_13.pdf?sequence=4>. Luettu 10.10.2017

WHO = World Health Organization.

WHO 1996. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. Verkkodokumentti. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>. Luettu 28.10.2016.

Wiegers, Theresa A. – De Borst, Julia 2013. Organisation of emergency transfer in maternity care in the Netherlands. Netherlands Institute for Health Services Research.

Äimälä, Anna-Mari 2015a. Avautumisvaiheen häiriöt. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita. 539–547.

Äimälä, Anna-Mari 2015b. Pitkittynyt synnytys ja häiriöt synnytyksen etenemisessä. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita. 537–538.

Äimälä, Anna-Mari 2015c. Ponnistusvaiheen häiriöt. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita. 548–556.

Aineiston tutkimukset

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimuspaikka ja -aika	Tarkoitus	Kohderyhmä/otos	Toteutus	Keskeiset tulokset
Wiegers – De Borst, Hollanti, 2013	Tarkoitus on saada tietoa hoitoalan ammattilaisten ja potilaiden näkemyksistä ja kokemuksista kiireellisistä siirtotilanteista, jotka liittyivät raskauteen tai synnytykseen. Tutkimuksessa otettiin huomioon ammattilaisten velvollisuudet ja heidän välinen kommunikaatio.	Äitiyshuollon kiireellisten siirtotilanteiden informaatio ja terveysalan ammattilaisten kokemukset kerättiin 21 puolistrukturoidulla haastattelulla. Kyselylomakkeita lähetettiin 180 hoitoalan organisaatioon ja tuntematon määrä asiakkaille. Vastauksia organisaatioilta saatiin 108 ja asiakkailta 42.	Tutkimuksen haastatte- luissa käytettiin puolistrukturoidun haastatte- lun mallia. Tiedot äitiys- huollon kiireellisistä siir- roista kerättiin haastatte- lemalla.	Yhteistyö oli usein riittävää, mutta epävirallista. Eri ter- veysalan ammattilaiset kertoivat, että he saavat yleensä yhteyden toisiinsa kiireellisissä siirtotilanteissa, mutta he eivät ole aina tietoisia olemassa olevista sopimuksista tai protokollista.
Jouhki, Suomi, 2008	Tarkoitus on kuvata kotonaan synnyttäneiden naisten synny- tyspaikan valintaan liittyvää pää- töksentekoa, sitä edistäneitä ja estäneitä tekijöitä sekä kotisyn- nytyskokemusta.	10 kotona synnyttänyttä naista.	Tutkimusaineisto kerä- tiin teemahaastattelulla ja tutkimusaineisto ana- lysoitiin induktiivisella si- sällönanalyysillä.	Kotisynnytyspäättöstä edistäviä ja estäviä tekijöitä tuli esille useita. Kotisynnytyspäättöstä edistäviä tekijöitä oli- vat esimerkiksi monipuolinen ja monitasoinen tieto, ympäristön tuki, suhde syntymään, hyvä raskaus, kättilön saatavuus ja oma päätös. Kotisynnytyspäättöstä estäviä tekijöitä olivat terveydenhuollon kielteiset asenteet ja toi- met, kotisynnytyksen kustannukset, ympäristön kielteinen suhtautuminen, lapsen menettämiseen liittyvät pelot sekä kättilön saatavuus. Naiset kuvasivat kotisynnytystä erittäin positiivisena kokemuksena.
Lindgren, Rådestad – Hildingsson, Ruotsi, 2011	Tarkoitus on verrata kotona syn- nytäneiden naisten kokemuksia niiden naisten kanssa, jotka oli- vat suunnitelleet kotisynnytyk- sen, mutta joutuivat sen aikana tai heti sen jälkeen siirtymään sairaalaan.	671 naista, jotka olivat synnyttäneet kotona Ruotsissa 1998–2005. 95 naista oli kokenut siirtymisen sairaalaan.	Aineisto kerättiin kysely- lomakkeella.	Ne naiset, jotka siirtyivät sairaalaan synnytyksen aikana tai heti sen jälkeen, olivat synnytykseen vähemmän tyy- tyväisiä kuin kotona synnyttäneet naiset. Syitä tyytymät- tömyyteen olivat organisaatioon liittyvät tekijät, synnyttä- jien kohtaama kohtelu ja pettymys itseensä.

Sisällönanalyysi

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
		Kotisynnytyksen turvallisuuteen vaikuttavat tekijät
Ammattilaisten välisten konfliktien yleisimmät syyt	Terveystenhuollon ammattilaisten asenteet	
Ammattilaisten asenteet ja kokemukset		
Ammattilaisten tunnekokemukset		
Ammattilaisten huonot kokemukset		
Vastuun ottamisen pelko		
Hoitajien uskomukset		
Kielteinen vallitseva mielipide		
Terveystenhuollon kielteiset asenteet kotisynnytyspää- töstä estävinä tekijöinä		
Ammattilaisten kielteinen suhtautuminen		
Terveystenhuollon kielteiset asenteet		
Negatiiviset asenteet		
Naisten kokema painostus		
Naisten kokema epäasiallinen kohtelu		
Kotisynnyttäjien kohtaama paheksunta		
Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen		
Asiakkaan kunnioittaminen		
	Terveystenhuollon ammattilaisten välinen yhteistyö	
Palautteen antaminen		
Yhteistyö sairaalan kanssa		
Hoitohenkilökunnan tietämys ja luottamus toisiinsa		
Ammattilaisten tietämys muiden ammattiryhmien toiminta- tavoista		
Hoitoalan ammattilaisten epävarmuus yhteistyössä		
Ammattilaisten välinen luottamus toisiinsa		

Tapaamiset hoitoalan ammattilaisten välillä
Ammattilaisten erimielisyyksien vaikutus yhteistyöhön ja koulutuksen merkitys
Ammatillinen yhteistyö
Ammattilaisten väliset konsultaatiot
Ammattilaisten välinen kommunikaatio sairaalaan siirryttäessä
Ammattilaisten välinen vuorovaikutus
Ammattilaisten välinen yhteistyö
Yhteistyön sujuvuus
Yhteistyön puute
Ammattilaisten välinen yhteistyö siirtojen aikana
Vastuualueiden epäselvyys
Toistensa tuntemus
Ammattilaisten toistensa tunteminen
Yhteistyö
Hoitohenkilökunnan tietoisuus toisistaan
Hoitoalan ammattilaisten välisten suhteiden merkitys
Tapaamiset hoitoalan ammattilaisten välillä
Keinot konfliktien vähentämiseksi
Yhteistyön merkitys huonoissa lopputuloksissa
Dialogia sairaalan ja kättilöiden välillä
Jaettu päätöksenteko ja kunnioitus
Ammattilaisten väliset konfliktit siirryttäessä sairaalaan
Turvallisuuden kokemus sairaalaan siirtyessä
Siirtoon negatiivisesti vaikuttavat asiat
Sairaalaan siirtyminen
Kotisynnytyksen turvallisuus
Turvallisuus
Siirto sairaalaan
Siirtyminen sairaalaan
Toimiva kiireellinen siirto
Potilassiirrossa ilmenevät ristiriidat
Suosituksset siirtymiseen

Ambulanssitiimin toiminta	Kotisynnytykseen liittyvän tiedonkulun sujuvuus ja dokumentointi
Tiedonkeruu	
Huono tiedonsaatavuus Suomessa	
Monipuolinen tieto kotisynnytystä edistävänä tekijänä	
Tiedonlähteet	
Tiedonhankinta	
Naisten kokemukset tiedonannosta	
Perheelle annettava tieto kotisynnytyksestä	
Terveystieteen velvollisuus antaa puolueetonta tietoa kotisynnytyksestä	
Tiedonanto	
Tiedonsaatavuus	
Tutkimustieto	
Kotisynnytyspäätöstä estävät tekijät	
Tutkittu tieto	
Tiedon menetys	
Tiedonhankinta	
Tiedonsaatavuus Suomessa	
Tiedonkulun sujuvuus	
Hoitoalanhenkilöiden tiedonpuute muiden ammattilaisten toimintavoista	
Tiedonsiirto kättilön ja sairaalan välillä	
Kotisynnytyspäätöstä edistäviä tekijöitä	
Näyttöön perustuvan tiedonanto	
Kättilöiden haluttomuus tiedonantoon	
Tiedonpuute synnytysosastolla	
Dokumentointi kotisynnytyksessä	
Kirjaaminen	
Kotisynnytyksen dokumentointi	
Dokumentoinnin yhteys tiedonkulkuun	

	Kotisyntykokemukseen vaikuttavat tekijät
Synnytyskokemusta huonontavat tekijät	
Positiivinen synnytyskokemus	
Negatiivisten synnytyskokemusten aiheuttajat	
Tyytymättömyys	
Synnytyskokemukseen vaikuttavat asiat	
Negatiiviset vaikutukset synnytyskokemukseen	
Synnytyskokemuksen parantaminen	
	Kotisyntytysten yhteistyötahot Suomessa
Toimintaohjeen laatiminen	
Kotikätilöiden yhteisen toimintaohjeen puute	
Neuvolan lähetteet synnytyssairaalaan	
Reseptit kotisyntytystä varten	
Yhteistyö julkisen terveydenhuollon kanssa	
Raskaana olevan ja neuvolan välinen yhteistyö	
Avoin keskusteluyhteys neuvolassa	
Vastasyntyneen lääkärintarkastus	
Syntymätodistuksen ja napaverinäytteiden toimittaminen	
Kotikätilön vastuu naisen voinnin seurannasta	
Tiedot syntyneestä lapsesta THL:lle	
Vastasyntyneen voinnin arviointi	
Ilmoitus lapsen syntymästä	
Vastasyntyneen voinnin tarkkailu ja lastenlääkäritarkastus	
Vastasyntyneen napaverinäytteet	
Äidin ja vastasyntyneen veriryhmä vasta-aineet	